UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MEDECINE

N° 3

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

DÉGÉNÉRESCENCE CANCÉREUSE

DU MOIGNON DU COL

APRÈS L'HYSTÉRECTOMIE SUBTOTALE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 14 Novembre 1913

PAR

L. DELEUZE

Né à Bessèges (Gard), le 29 Mars 1887

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse : FORGUE, professeur, *Président*. GRANEL, professeur. RICHE, agrégé. MASSABUAU, agrégé. — *Assesseurs*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1913

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DE LA

DÉGÉNÉRESCENCE CANCÉREUSE

DU MOIGNON DU COL

APRÈS L'HYSTÉRECTOMIE SUBTOTALE

UNIVERSITE DE MONTPELLIER N° 3

FACULTÉ DE MEDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

DÉGÉNÉRESCENCE CANCÉREUSE

DU MOIGNON DU COL

APRÈS L'HYSTÉRECTOMIE SUBTOTALE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Le 14 Novembre 1913

PAR

L. DELEUZE

Né à Bessèges (Gard), le 29 Mars 1887

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

FORGUE, professeur, *Président.*
GRANEL, professeur.
RICHE, agrégé.
MASSABUAU, agrégé.

Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1913

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✻). . . . . DOYEN
SARDA. . . . . ASSESSEUR
IZARD . . . . . SECRÉTAIRE

Professeurs

Pathologie et thérapeutique générales . .	MM.	GRASSET (O. ✻).
Clinique chirurgicale		TEDENAT (✻).
Clinique médicale		CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.		MAIRET (✻).
Physique médicale		IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd		GRANEL.
Clinique chirurgicale		FORGUE (✻).
Clinique ophtalmologique.		TRUC (O. ✻).
Chimie médicale.		VILLE.
Physiologie		HEDON.
Histologie		VIALLETON.
Pathologie interne		DUCAMP.
Anatomie		GILIS (✻).
Clinique chirurgicale infantile et orthop.		ESTOR.
Microbiologie		RODET.
Médecine légale et toxicologie		SARDA.
Clinique des maladies des enfants		BAUMEL (✻).
Anatomie pathologique		BOSC.
Hygiène		BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale.		RAUZIER.
Clinique obstétricale		VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale. . . .		VIRES.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET
Doyen honoraire : M. VIALLETON
Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✻), HAMELIN (✻)
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés des Cours Complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM.	VEDEL, agrégé lib.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .		EUZIERE, agrégé.
Pathologie externe		LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique.		DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements.		PUECH, Prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires		JEANBRAU, agr. libr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie . . .		MOURET, Prof. adj.
Médecine opératoire		SOUBEYRAN, agr. lib.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. RICHE	MM. EUZIÈRE
GRYNFELTT	CABANNES	J. DELMAS
LAGRIFFOUL	DERRIEN	ETIENNE
LEENHARDT	P. DELMAS	RIMBAUD
GAUSSEL	MASSABUAU	ROGER
		LECERCLE

Examinateurs de la Thèse

MM. FORGUE, *prof., président.* | MM RICHE, *agrégé.*
GRANEL, *professeur.* | MASSABUAU, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA TANTE

SUPÉRIEURE GÉNÉRALE DES SŒURS DE LA SAINTE-FAMILLE

L. DELEUZE.

A MON PÈRE

Hommage de ma respectueuse reconnaissance.

A MA TANTE

A MES FRÈRES ET SŒURS

L. DELEUZE.

A MES MAITRES

L. DELEUZE.

A MES AMIS

L. DELEUZE.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

DÉGÉNÉRESCENCE CANCÉREUSE

DU MOIGNON DU COL

APRÈS L'HYSTÉRECTOMIE SUBTOTALE

AVANT-PROPOS — INTRODUCTION

Grand fut l'émoi à la Société de chirurgie de Paris, quand, le 25 mai 1910, M. Chaput affirma en termes concis mais précis que « l'hystérectomie subtotale hâte l'apparition du cancer du col ».

Ce furent regrets et remords pour tous. Regrets, de falloir abandonner une opération si facile et si inoffensive; remords d'avoir voué à un mal implacable des malades que l'on avait essayé de guérir.

Aussi la discussion fut chaude quoique courtoise. Tous les maîtres de la gynécologie vinrent tour à tour disputer pied à pied le terrain qu'on voulait leur ravir.

Les uns essayèrent de persuader M. Chaput qu'il était tombé sur « une série malheureuse ». D'autres ne voulurent voir qu'une exagération bien commune à tous ceux

qui défendent une idée qui leur est chère. Les derniers, plus méchants, mirent le tout sur le compte d'une erreur, disant que M. Chaput prenait, pour une dégénérescence post-opératoire des néoplasmes préexistants qui continuaient leur évolution.

Et cependant où se trouve la vérité? Ces dégénérescences sont-elles de simples vues de l'esprit? Non; si pour le bien de l'humanité ces dégénérescences sont choses rares, elles sont cependant incontestables.

La lecture de ces faits joints à une observation personnelle d'un cas de ce genre, donnèrent à M. le professeur Riche l'idée de me proposer ce travail. Je tiens à le remercier de la marque de confiance et d'estime qu'il m'a témoignée en cette circonstance et le prie de m'excuser si ma faible science et ma jeune inexpérience n'ont pas conduit ce travail avec toute l'autorité qu'il exigeait.

Je remercie très sincèrement M. le professeur Forgue qui nous a fait l'insigne honneur de présider cette thèse.

J'adresse tout particulièrement mes remerciements cordiaux à M. le professeur Granel pour toute la bienveillance et la sympathie qu'il m'a témoignées pendant le cours de mes études et pour cette nouvelle marque d'estime au moment de l'accomplissement de mon dernier acte universitaire.

Je n'oublierai pas d'adresser mes remerciements à M. le professeur Massabuau et à tous les maîtres de cette Faculté.

Pour présenter cette étude, nous avons adopté le plan suivant qui nous a paru le plus logique:

I. Historique.
II. Observations.
III. Etiologie.

IV. Etude clinique.
V. Traitement.
VI. Totale ou subtotale.
VII. Conclusions
VIII. Bibliographie.

Comme on peut le remarquer, nous avons omis à dessein le chapitre d'anatomie pathologique. Le cancer du col de l'utérus ne diffère en rien, qu'il soit primitif ou un produit de dégénérescence, aussi renvoyons-nous au *Traité de Gynécologie* de M. le professeur Pozzi, où le chapitre est développé tout au long.

HISTORIQUE

Péan disait, en 1897, dans les comptes rendus du Congrès de chirurgie : « Quand la portion du col conservée était assez longue, je la fixais par excès de prudence à l'angle inférieur de la plaie... Néanmoins, je préfère ne pas conserver le col, parce que je l'ai vu plusieurs fois devenir sarcomateux ou épithélial les années suivantes ».

Ricard, au treizième Congrès de chirurgie (1899), dans son remarquable Rapport sur l'hystérectomie abdominale totale fait un parallèle entre la subtotale et la totale, et ne fait pas d'allusion à la dégénérescence épithéliale possible du moignon cervical. Bouilly, dans la même séance, discute également ce même point : « Cette opération, dit-il, en parlant de l'hystérectomie supra-vaginale, ne paraît pas mériter les reproches qui lui ont été adressés théoriquement et qui visent surtout l'abandon d'une petite portion du col accusée de porter l'infection dans l'abdomen ou de présenter plus tard une dégénérescence épithélioma-teuse.

» L'infection peut être facilement évitée par l'évidement et la thermocautérisation. Quant à la dégénérescence épithéliale tardive, elle a été assez rarement observée pour qu'il n'y ait pas lieu de s'en préoccuper.

» Sur cent cas environ d'hystérectomies supra-vaginales opérées depuis 1887 par diverses méthodes, je ne l'ai jamais constatée ».

Au Congrès de gynécologie de Nantes (1901), M. Verdet fait encore une courte mention de la possibilité de la dégénérescence maligne du col : « Dans l'hystérectomie supra-vaginale, si le moignon est réduit dans l'abdomen, quand l'hémostase n'est pas parfaite, il se fait un petit hématome qui s'infecte facilement ; on voit des infections secondaires se produire et on peut même observer des altérations néoplasiques consécutives sur le moignon utérin ».

Jusqu'ici, comme nous le voyons, les auteurs semblent à peine indiquer la chose, et c'est timidement qu'ils y font allusion dans leurs rapports.

Enfin Condamin vint... Le 27 décembre 1900, le *Bulletin de la Société de chirurgie de Lyon* insérait deux observations personneles où Condamin, après avoir attiré vivement l'attention des chirurgiens sur la dégénérescence cancéreuse du moignon cervical après hystérectomie subtotale, trouvait la totale préférable à cette dernière.

Mais si Condamin eut l'honneur d'attirer l'attention, Richelot, par ses communications à la Société de chirurgie de Paris en 1903, 1904 et 1905, provoqua des discussions dont la vivacité témoigne de l'intérêt qu'ont apporté les chirurgiens à la question.

Richelot essaya de montrer que la totale n'était pas plus difficile, ni plus mortelle que la subtotale et que, par conséquent, elle devait lui être substituée.

Malgré qu'ils aient prêté une oreille attentive et qu'ils aient paru convaincus, aucun des chirurgiens présents ne voulut suivre les traces de Richelot.

Tout paraissait endormi, quand le 25 mai 1910, M. Chaput vint, avec plus d'ardeur que jamais, remettre la ques-

tion sur le tapis, ainsi que nous l'avons rapporté dans notre introduction.

A l'étranger, la dégénérescence cancéreuse du moignon cervical, après hystérectomie supra-vaginale, ne paraît pas avoir suscité des polémiques aussi vives qu'en France.

Il faut feuilleter attentivement les revues gynécologiques allemandes de ces dernières années pour trouver un article de R. Lumpe, de Salzbourg, qui rapporte sept cas de ce genre.

En Angleterre, il n'y a aucun travail d'ensemble sur la question.

Il en est de même aux Etats-Unis, où seul l'article de Curnier, dans le *New-York Medical Journal* du 28 juillet 1906, analyse le travail de Lumpe et conclut que les chirurgiens doivent revoir, tous les six mois, les opérées d'hystérectomie subtotale pour dépister, dès son apparition, la dégénérescence possible et la traiter avant qu'elle devienne inopérable.

II. OBSERVATIONS

Observation première

Dégénérescence cancéreuse d'un moignon d'hystérectomie subtotale pour fibrome

(Observation inédite, due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Riche.)

Je suis appelé en mars 1913, par son médecin traitant, auprès de Mme M..., âgée de 53 ans, qui se plaint depuis quelques mois de pertes rouges irrégulières, peu abondantes, mais qui la préoccupent par leur persistance.

La malade nous apprend qu'elle a subi sept ans auparavant (janvier 1906), à Paris, une hystérectomie abdominale pour fibrome. L'intervention aurait été laborieuse et aurait nécessité un drainage prolongé. Mais la guérison fut assez rapide et se maintenait depuis sept ans, lorsque, dans les derniers mois de 1912, apparurent les pertes rouges.

Le toucher vaginal permet de sentir un col peu volumineux, mais nettement induré, surtout au pourtour de son orifice, au niveau duquel le doigt perçoit des granulations irrégulières, non friables. Les culs-de-sac vaginaux sont souples et indolores, et le col se mobilise aisément. Le doigt retiré du vagin est légèrement teinté de sang.

Par le palper combiné, on constate l'absence du corps utérin, mais le col ne semble pas augmenté de volume. L'abdomen, qui porte sur la ligne médiane la cicatrice de la première intervention, est souple, non ballonné; pas d'adénopathie profonde perceptible.

L'état général est bon, et les autres appareils ou organes ne présentent rien d'anormal.

Le diagnostic de cancer du col utérin était probable; il fut affirmé par l'examen histologique d'un fragment prélevé quelques jours après, au cours d'une tentative d'opération vaginale faite sur la demande de la malade.

Le 12 avril 1913, j'interviens par la voie haute: anesthésie rachidienne lombaire, avec 9 centigr. de novocaïne Creil à 5 0/0, additionnée de suprarénine. L'anesthésie est parfaite, atteint le mamelon, dure deux heures et demie, et n'est troublée par aucun incident notable, sauf un vomissement vers la vingtième minute. (La malade avait déjeuné deux heures auparavant, et il lui avait été fait une injection sous-cutanée de 0 gr. 25 de caféine et 1 milligr. de strychnine.)

Laparotomie sous-ombilicale: le moignon du col apparaît, libre d'adhérences du côté du Douglas, mais faisant corps en avant avec la vessie, dont le décollement donna lieu à une hémorragie en nappe assez abondante. La vessie était saine; elle fut attirée en avant, et le col utérin fut enlevé avec une large collerette vaginale. Hémostase et suture totale du vagin; un drain dans l'espace sous-péritonéal, où persistait un léger suintement hémorragique, un drain dans le Douglas, tous deux fixés à l'hypogastre. Suture classique de la paroi.

Les suites opératoires furent parfaites: le drain sous-péritonéal, qui donnait un peu de sang, fut enlevé au neuvième jour; au quatorzième jour, ablation du drain du

Douglas et des fils. La malade se lève le 9 mai et sort quelques jours après.

La pièce enlevée a le volume d'une noix dans sa coque verte; du côté de l'abdomen, elle possède un revêtement péritonéal complet; du côté opposé, elle se continue avec la collerette vaginale; à la coupe macroscopique, la cavité cervicale est irrégulière, envahie par de volumineux bourgeons, indurés, d'aspect et de consistance caractéristiques. Par en bas, ils se prolongent jusque dans le vagin, mais respectent ses parois; par en haut, la prolifération néoplasique n'est séparée du revêtement péritonéal que par une épaisseur de trois ou quatre millimètres. Les parois du col atteignent par places le double de leur épaisseur normale.

Examen microscopique (professeur Bosc). — Dans les diverses préparations examinées, on constate une prolifération de l'épithélium glandulaire qui aboutit à la dissociation dans la basale et à la constitution de formations tubulées ou irrégulières, séparées par une mince cloison conjonctive. Ces cloisons finissent par se rompre partiellement de façon à donner naissance à des amas de cellules atypiques séparés par des carrefours conjonctifs. Ces formations épithéliales sont entourées par une prolifération conjonctive lâche, formée par des cellules arrondies ou un peu irrégulières qu'au premier abord on pourrait prendre pour du sarcome et qui dissocie le tissu musculaire de façon à faciliter la pénétration épithéliale.

La néoformation épithéliale ne paraît pas très active.

Observation II

M. Mauclaire *in* thèse Lesobre, Paris.

Hystérectomie subtotale pour fibromes. — Dégénérescence du moignon cervical 6 ans après.

Il s'agit d'une dame J. E..., âgée de 55 ans, entrée à la maison Dubois, le 9 juillet 1906, dans le service du professeur Mauclaire.

Les père et mère de cette dame sont morts tuberculeux. Pour ce qui regarde ses antécédents personnels, très sujette aux rhumes et aux bronchites, la malade a eu la rougeole et la coqueluche dans sa première enfance. Fausse couche de cinq mois il y a vingt-cinq ans ; métrite sept ans après. Il y a six ans, elle a été opérée pour fibromes.

La malade entre le 9 juillet 1906, pour pertes qui datent de cinq mois. Au début, elle fut prise d'une métrorragie pas très abondante qui dura 23 jours. Deux mois plus tard, elle eut des pertes rouges et blanches ; ces pertes étaient fétides. Pas d'amaigrissement, appétit assez bon ; douleurs irradiées dans le membre inférieur droit.

Au toucher vaginal, le col est notablement dévié à droite, béant, mais non dur ni ulcéré ; il ne présente pas extérieurement de signes de néoplasme, mais un curettage explorateur a ramené des fongosités et des fragments caractéristiques.

L'examen histologique confirme le diagnostic de cancer épithélial du moignon cervical. Il s'agit d'un épithélioma cylindrique, formé de tubes très larges, remplis de plu-

sieurs assises cellulaires, anostomosées et séparées par de minces travées de tissu conjonctif.

La laparotomie est pratiquée; on trouve un moignon utérin avec adhérences épiploïques, intestinales, vésicales, absolument inextirpables. Un curettage est pratiqué par la voie vaginale. Signes de péritonite le deuxième jour, et mort.

Observation III

(M. Mauclaire, *in* thèse Lesobre, Paris).
Hystérectomie abdominale subtotale pour fibrome.
Hémorragies peu de temps après. — Epithélioma du moignon.

Mme L. M..., âgée de 45 ans, entre le 23 octobre 1906 dans le service du professeur Mauclaire.

Rien au point de vue héréditaire. Au point de vue des antécédents personnels, rougeole à 7 ans. Réglée à 13 ans, les règles ont été normales jusqu'à 43 ans. Première grossesse à 18 ans, deuxième grossesse à 20 ans: toutes deux normales.

En octobre 1903, métrorragies pour lesquelles la malade est venue consulter le docteur Mauclaire, qui porta le diagnostic de fibrome. La malade fut opérée en mars 1904: hystérectomie supra-vaginale. La pièce, enlevée, fut minutieusement examinée et ne permit de constater à ce moment aucun signe d'infiltration cancéreuse. Pourtant, un mois environ après l'opération, la malade recommence à perdre du sang, mais peu abondamment. Ces métrorragies surviennent assez régulièrement environ tous les mois, à tel point que la malade se croit encore réglée.

A partir du mois de mai 1906, les hémorragies devien-

nent pour ainsi dire continuelles. En même temps, la malade perd des liquides roussâtres et fétides. Ses forces diminuent considérablement. L'appétit n'est pas très bon. Il y a un amaigrissement très notable: 30 livres environ.

A l'examen local, on constate un col ulcéré et végétant, présentant tous les caractères de la dégénérescence épithéliale. La curette ramène des fongosités caractéristiques.

Histologiquement, il s'agit d'un épithélioma pavimenteux. Les lésions paraissent trop avancées pour justifier une intervention abdominale. On se contente de pratiquer, le 23 novembre 1906, un curettage par la voie vaginale avec pansement au carbure de calcium. Ce pansement donne de bons résultats.

Observation IV

(Traduite de R. Lumpe : Centralblatt für Gyn. n° 44, 1905)

Hystérectomie subtotale pour infection utérine. — Epithélioma du moignon 20 mois après.

Il s'agit d'une dame, Madeleine Tann, âgée de 42 ans.

Cette femme a eu 9 grossesses. Première grossesse et couches normales; enfant vivant, actuellement âgé de 17 ans. Deuxième grossesse à terme; accouchement d'un enfant mort; couches normales. Troisième grossesse: dans les derniers mois, douleurs osseuses et articulaires, troubles digestifs, fatigue légère; accouchement normal d'un enfant à terme. Cet enfant mourut à 12 ans. Les phénomènes mentionnés ci-dessus prirent de plus en plus d'extension et en arrivèrent aux symptômes typiques d'ostéo-

malacie avec déformations considérables du bassin qui rendirent les accouchements de plus en plus difficiles. L'état général de la femme empira avec chaque grossesse. Quatrième et cinquième grossesses, l'accouchement dut être terminé par craniotomie. Sixième, septième et huitième grossesses: fausses couches artificielles. La femme en arriva à sa neuvième grossesse. Au quatrième mois, le 18 janvier 1904, elle fut admise à la clinique provinciale d'accouchements dans un état très misérable. Mon intention était, pour mettre fin à cet état maladif, d'extirper cet utérus gravide. La femme refusa son consentement, et demanda qu'on ne fît qu'interrompre la grossesse. Alors je lui fis la proposition de vider d'abord l'utérus puis d'enlever les ovaires, mois il en advint autrement. Après l'avortement provoqué au moyen des laminaires et introduction de gaze iodoformée stérilisée dans la cavité utérine, une fièvre très élevée se déclara le jour suivant (41°5), avec frissons répétés. La situation devenant de plus en plus critique, avec le consentement de la malade, je pratiquai l'amputation supra-vaginale de l'utérus gravide avec enlèvement des annexes et traitement rétro-péritonéal du pédicule.

Convalescence parfaite. Les douleurs osseuses disparurent peu à peu.

Le 15 septembre 1905, la femme se présenta à la clinique, disant qu'elle éprouvait une sensation bizarre de blessure dans le bas ventre. L'examen conduisit au diagnostic suivant: cancer du col. Le 19 septembre 1905, laparotomie.

L'extirpation fut pénible à cause d'adhérences avec l'intestin et la vessie.

Observation V

(Traduite de Curnier A. J. New-York Medical, 28 juillet 1905)

Hystérectomie subtotale pour fibromes. Dix-huit mois après, cancer du sein opéré. Trois ans après l'extirpation du cancer du sein, épithélioma du moignon cervical.

La malade était âgée de 51 ans et vint me trouver de Port-Chester le 5 octobre 1905. Le corps de l'utérus, les ovaires et les trompes avaient été enlevés pour cause de fibrome, le 23 mars 1901.

La malade se rétablit promptement, mais il se développa, par la suite, un cancer du sein gauche qui fut enlevé dix-huit mois après la première opération.

Comme l'opération du sein fut faite en septembre 1902, il semble difficilement probable que le cancer ait déjà fait son apparition dans le canal cervical, ou bien il aurait fait beaucoup plus de progrès pendant les trois années passées avant que la malade ne vînt me trouver.

L'état général de la malade était bon, quoiqu'elle fût d'un tempérament nerveux.

La portion vaginale du col était relativement large, profonde de deux pouces et demi, mobile, très sensible à la pression à l'intérieur. Je pouvais difficilement croire, à la vue du volume de l'organe, que l'utérus avait été enlevé. Il y avait une grande sensibilité des tissus environnant le col, dégénérescence kystique de la muqueuse, de l'orifice intérieur et relâchement des parois vaginales. La cicatrice opératoire du sein était sensible, surtout près de l'aisselle, mais il n'y avait pas d'apparence de réci-

dive. Le col fut enlevé du vagin le 10 novembre 1905 et fut trouvé bien recouvert par du péritoine épaissi fermement adhérent. Les artères utérines étaient absentes et rien d'anormal ne fut découvert dans le pelvis. La muqueuse de l'orifice inférieur du col présentait un épithélioma typique qui n'avait pas envahi ni détruit les tissus environnants. La malade s'est rétablie promptement et je ne l'ai pas revue depuis qu'elle est retournée chez elle.

Observation VI

(Condamin : Bulletin de la Société de Chirurgie de Lyon, 27 décembre 1900 et Semaine Gynécologique, 1902, p. 113).

Hystérectomie abdominale supra-vaginale pour fibromes. — Un an après épithélioma du moignon.

Il s'agit d'une femme C..., de Monplaisir, âgée de 55 ans, qiu présentait, avec un fibrome remontant au-dessus de l'ombilic, des pertes abondantes non fétides et des phénomènes extrêmement douloureux. L'hystérectomie abdominale fut pratiquée suivant le procédé de notre maître, le professeur Laroyenne, dit procédé avec collerette péritonéale. Cette méthode consiste, après la section des ligaments larges, à décoller le péritoine jusqu'à l'isthme du col, point où l'on pratique la section de l'utérus et du fibrome, après ligature des vaisseaux, puis les bords de la collerette péritonéale sont suturés aux bords inférieurs de la plaie opératoire.

Aucun incident opératoire ni post-opératoire. Ce n'est qu'un an environ après l'intervention que l'on vit survenir d'abord une éventration au niveau de la plaie opéra-

toire, puis de nouvelles pertes hémorragiques, et dans la suite une masse molle, bourgeonnante, au niveau de l'enfouissement du moignon cervical. Phénomènes de cachexie progressive et mort. Cette malade n'avait rien présenté de suspect au niveau du col ou du fibrome, qui était dur et ne présentait aucun caractère de tumeur maligne au moment de l'opération.

Observation VII

(Id. Condamin, *loc., cit.*)

Hystérectomie abdominale supra-vaginale pour fibromes. — Deux ans et demi après, épithélioma du moignon.

Le second cas se rapporte à une malade de 40 ans, opérée pour un fibrome, ou plutôt pour une série de fibromes, le 24 janvier 1889. Même opération que précédemment, c'est-à-dire ablation abdominale subtotale par le procédé à collerette péritonéale de M. Laroyenne. Pas d'accidents opératoires ni post-opératoires. Elle rentre chez elle le 21 février, présentant encore un petit trajet fistuleux au niveau de la marsupialisation de la collerette péritonéale. On y maintient une mèche de gaze iodoformée.

Le 14 mai de la même année, la malade est revue. La cicatrisation est complètement terminée. Il n'y a pas d'éventration. Le col est très haut, fortement attiré du côté de la cicatrice abdominale. La malade s'est modifiée considérablement du côté de l'état général.

Le 17 avril 1890, la malade est revue : elle présente une large éventration en bas de la ligne d'incision.

Le 20 avril, nous pratiquons la cure radicale de son

éventration; on retrouve le moignon cervical induré et paraissant plus gros que nous ne l'avions laissé au moment de la première intervention. Résection de toute la paroi qui constitue l'éventration et suture abdominale sur les trois plans. Guérison rapide.

En juin 1891, la malade revient dans le service pour des pertes et des douleurs abdominales assez vives. On constate une dégénérescence épithéliale du col et une augmentation très notable du moignon cervical, très nettement appréciable au-dessus du pubis. Le mois suivant, en juillet, le néoplasme a progressé et envahit la plaie abdominale. La malade meurt en août la même année.

Observation VIII

(L.-G. Richelot, Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie, 28 octobre 1903).

Hystérectomie abdominale sub-totale pour fibrome. — Epithelioma du moignon six mois après.

Jeanne V..., 39 ans, fut opérée le 30 avril 1899 pour un gros utérus dont la lésion était obscure. L'épaisseur de la paroi abdominale, chargée de graisse, me permettait seulement de juger qu'il était assez régulièrement arrondi, mobile et n'atteignant pas tout à fait l'ombilic. Ces quelques signes, des douleurs, des hémorragies et aussi des pertes séreuses, me laissèrent hésiter entre un fibrome et un cancer du corps. La femme n'avait pas eu d'enfants; le vagin était fort étroit, le col intact et très haut situé. Les deux voies d'accès paraissant également difficiles, le diagnostic incertain me fit choisir la laparotomie. J'abor-

dai un utérus fibromateux, contenant une seule tumeur, grosse comme les deux poings, et développée aux dépens de son fond, si bien que les deux annexes et les ligaments larges étaient cachés tout au fond du petit bassin et que, gêné par l'épaisseur de la paroi abdominale, j'opérai comme dans un puits. J'aurais bien voulu faire l'hystérectomie totale, car je me demandais encore si je ne trouverais pas de cancer dans la cavité utérine, mais, dans un cas pareil, la subtotale est plus expéditive et plus sûre. Je me décidai pour elle, quitte à poursuivre l'extirpation du col si l'examen de la cavité m'y forçait. L'utérus, enlevé, fut examiné séance tenante; il ne contenait rien de suspect; la tranche était saine; le moignon cervical, de son côté, n'offrait rien d'anormal. Je terminai l'opération sans autre incident.

Six mois plus tard, la malade revint se faire examiner: elle avait un cancer du col envahissant les culs-de-sac et dont je tentai vainement l'extirpation par une seconde laparotomie. Devenue promptement cachectique, elle alla mourir dans son pays.

Observation IX

(Richelot, *loc. cit.*)

Hystérectomie subtotale pour fibromes. Epithélioma du moignon trois ans après.

Mme B..., 38 ans, fut opérée le 2 juillet 1898. La tumeur montait au-dessus de l'ombilic; un gros fibrome, entièrement sorti de la paroi, était largement pédiculé sur le fond de l'utérus; le corps était gros comme les deux poings et contenait un fibrome interstitiel; le col était hypertro-

phié, scléreux. Deux hydrosalpinx obstruaient le petit bassin, de grosses veines sillonnaient les ligaments larges. La complexité de l'opération, les difficultés de l'hémostase m'engagèrent à couper simplement au-dessus de l'insertion vaginale; le museau de tanche fut laissé, la tranche et la cavité cervicale brûlées au thermocautère et le petit moignon recouvert de péritoine.

La malade resta guérie pendant 3 ans, puis à la fin de l'année 1901 elle eut de nouveau des pertes et des douleurs et quand elle revint me voir, le 20 octobre 1902, elle avait un cancer envahissant du col et du cul-de-sac.

Observation X

(Richelot, *loc. cit.*)

Hystérectomie subtotale pour fibrome. — Epithélioma du moignon cinq ans après.

J'ai fait cette opération le 18 juillet 1899, il y a cinq ans. Mme B..., âgée de 44 ans, avait un fibrome des plus simples, un utérus gros comme la moitié d'une tête d'adulte, qui lui donnait des règles toujours abondantes et des métrorragies assez graves.

L'opération fut régulière et la malade guérit assez promptement. Je la revis en juillet 1900 et notai avec soin les phénomènes qu'elle présentait. Elle allait fort bien en somme. Indolence et souplesse parfaite dans le petit bassin, nerveuse, plutôt moins qu'avant l'opération; très peu incommodée par les bouffées de chaleur; très rhumatisante et ayant eu des douleurs dans les épaules, le cou, les bras, les jambes. Son opération fut classée parmi celles

qui peuvent servir à élucider la question des prétendus troubles nerveux post-opératoires.

Il y a quelques semaines, la malade vint me revoir, se plaignant de petits suintements sanguins, et je trouvai au fond du vagin une ulcération du moignon cervical, sur laquelle il n'était guère possible de conserver un doute. Je pris sur le col ulcéré un fragment que je confiai à M. Bender, préparateur à la Faculté. L'examen histologique qu'il voulut bien me faire démontra pleinement qu'il s'agissait d'un épithélioma. La malheureuse met ainsi le dernier trait au tableau qu'elle m'a donné l'occasion d'étudier une fois de plus, celui de l'arthritique nerveux dont l'utérus, d'abord scléreux, hypertrophique, produit des fibromes et devient le siège d'une néoplasie maligne plus tard. Comme le moignon me paraissait mobile, sans infiltration autour de lui, et malade seulement à sa pointe, je résolus de l'enlever. Ce fut le 7 avril, et j'eus la chance de pouvoir extirper ce morceau d'utérus en respectant la vie, et d'arriver partout sur des tissus souples et sains d'apparence. Sur la pièce, le cancer occupe, en effet, les deux lèvres du moignon sans atteindre la base, et j'espère avoir rendu quelque service à la malade.

Observation XI

(Bazy! Bulletin et Mém. de la Société de chirurgie 1905. p. 535).

Hystérectomie subtotale pour fibrome. Epithélioma du moignon, 2 ans après.

Femme de 40 ans. Fibrome utérin avec col volumineux développé surtout aux dépens de la lèvre antérieure. La masse fibromateuse monte à mi-chemin de l'ombilic, les

culs-de-sac tout comblés par des lobules secondaires. Le 30 avril 1905, hystérectomie subtotale; la section passe un peu au-dessous de l'isthme; suites opératoires simples. Deux ans plus tard, le 15 mars 1905, la malade revient avec des hémorragies nouvelles et un cancer du moignon cervical. Un curettage est pratiqué, puis la malade est prise de vomissements, fièvre, délire, et le 7 avril elle quitte l'hôpital pour rentrer chez elle dans un état désespéré.

Observation XII

(Beurnier, Bull. et Mém. de la Société de chirurgie, 1905.)

Hystérectomie subtotale pour fibromes. Epithélioma, 8 mois après

Femme de 49 ans. Examen à l'hôpital Tenon en mai 1904. Huit mois après, hystérectomie subtotale pour fibromes, écoulements ichoreux, amaigrissement. Les deux lèvres du col utérin sont ulcérées et de consistance néoplasique; souplesse et intégrité des culs-de-sac. Après l'examen vaginal, le doigt sort sanglant, et l'odeur est caractéristique. Au spéculum, la portion vaginale du col paraît prise dans le tiers de sa hauteur; l'ulcération pénètre dans la cavité cervicale, des bourgeons saillants et mollasses la recouvrent. A l'exploration minutieuse de l'abdomen, rendue plus facile par la dépressibilité de la paroi, aucune tumeur, aucune preuve de diffusion; mais la malade offre des signes d'urémie chronique, elle est très faible et ne pourrait supporter une intervention. Pendant son séjour à l'hôpital, l'ulcération augmente, un fongus volumineux se développant avec des écoulements sanieux, et la malade meurt d'urémie dans le courant d'octobre.

Observation XIII

(Guinard, *loi, cit.*)

Hystérectomie subtotale pour fibrome. Epithélioma du moignon, dix-huit mois après.

Cette observation a trait à une malade de Maintenon, âgée de 57 ans, que j'ai opérée, le 5 février 1902, avec mon interne M. Godard. Cette femme avait depuis sept ans un volumineux fibrome utérin avec des pertes et de la pesanteur dans le bassin. L'état général était excellent et rien ne pouvait faire croire à une récidive maligne ultérieure. L'hystérectomie subtotale fut des plus simples. La masse enlevée pesait 2 kil. 300. Après un incident de désunion de la plaie, au moment de l'ablation des fils, la guérison se fit très complète et la malade rentra chez elle en parfait état. En juillet 1903, dix-huit mois après l'opération, l'opérée revient dans mon service de la maison Dubois, où notre collègue M. Moustin, qui me remplaçait, trouva, par le toucher vaginal, un cancer du col utérin avec envahissement des culs-de-sac vaginaux. Les lésions étaient si avancées que toute intervention fut jugée impossible, et la malade est en train de succomber à son cancer.

Observation XIV

(Guinard. Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie, 1903, p. 1032.

Hystérectomie subtotale pour fibrome. — Epithélioma du moignon 6 mois après.

Mme X..., âgée de 48 ans, a, depuis dix-huit mois, des métrorragies; mais ce n'est que depuis trois mois que le ventre augmente de volume. Elle se plaint surtout de phénomènes de compression du côté de la vessie et du rectum. Le 1er mai 1901, je pratique l'hystérectomie subtotale. La tumeur avait le volume d'une tête d'adulte; elle était dure à la périphérie, mais au centre elle semblait œdémateuse et ramollie. L'opération fut laborieuse, à cause des adhérences de la tumeur avec le rectum. Résultat opératoire parfait. Le 28 octobre 1901, c'est-à-dire six mois après, la malade me revient avec des hémorragies vaginales et des pertes « d'eau rousse ». Le toucher montre des fongosités dans le col utérin et le 31 octobre 1901 je pratique par le vagin, après rachicocaïnisation, l'ablation du col, ce qui fut fait avec la plus grande facilité. Le microscope montra qu'il y avait épithélioma du col.

Le 10 juillet 1902, neuf mois après l'ablation du col par le vagin, et quinze mois après l'hystérectomie subtotale, de violentes douleurs abdominales me ramènent la malade à la maison Dubois; les selles sont difficiles et douloureuses. Par le toucher, on trouve le fond du vagin rempli par des bourgeons épithéliaux ulcérés et saignants. La malade n'a pas tardé à succomber à une généralisation péritonéale.

Observation XV

(Quénu. Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie, 1903, p. 1077)

Hystérectomie supra-vaginale pour fibrome. — Epithélioma du moignon 4 ans après.

M. Quénu, sur près de 200 malades opérées depuis 1897, n'a observé qu'un cas de dégénérescence cancéreuse du moignon cervical. Dans ce cas, l'envahissement du col s'est produit depuis plus de quatre ans après l'opération. « Ma malade, déclare M. Quénu, fut opérée par moi au pavillon Pasteur en novembre 1898, il y a cinq ans par conséquent; elle avait alors 41 ans. Elle était entrée dans notre service pour des douleurs et des signes de salpingite; ses règles étaient généralement abondantes.

» Aucune hémorragie dans l'intervalle. L'opération eut lieu le 21 novembre 1898 par laparotomie. Nous découvrîmes un fibrome du volume du poing, adhérent en arrière au Douglas, qui était effacé. La trompe gauche était transformée en un gros abcès, l'ovaire du même côté renfermait un kyste gros comme une pomme.

» Suites simples. Depuis quelques mois, pertes sanguines continuelles. Nous constatons, par le toucher et par la vue, l'existence d'un cancer du col inopérable. »

Observation XVI

(H. Hartmann, *in* Ann. de Gyn. et d'Obst. Mars 1906.)

Hystérectomie supra-vaginale pour fibrome. — Epithélioma du moignon deux ans après.

E. L..., 53 ans, entre le 16 décembre à l'hôpital Lariboisière. Réglée à 14 ans, elle a eu quatre grossesses normales à 15, 22, 32 et 34 ans. A 45 ans, elle a commencé à avoir des métrorragies. La persistance de ces hémorragies et un certain état de faiblesse la poussent à entrer à l'hôpital.

L'examen, à ce moment, montre un col un peu ouvert, sans rien de particulier, et un fibrome de la paroi antérieure du corps de l'utérus, le tout mobile.

Le 9 janvier 1903, mon collègue le docteur Michon pratique en mon absence l'hystérectomie supra-vaginale, enlève les annexes droites et laisse en place l'ovaire gauche sain. L'examen de la pièce montre un fibrome sous-muqueux unique de la face antérieure.

Guérison sans incidents.

Pendant deux ans, la malade va très bien; en janvier 1905, elle a une hémorragie, puis de petites pertes sanguines alternant avec des pertes blanches; elle maigrit un peu, puis se décide à entrer de nouveau dans le service le 3 juillet 1905. Nous constatons qu'il existe à ce moment, à la place du col, une masse dure, irrégulière et saignante; aucune induration au niveau des ligaments larges. Dans ces conditions, nous prions notre assistant,

M. Lecèvre, d'enlever le moignon utérin avec la partie supérieure du vagin.

Cette ablation, faite le 7 juillet 1905 par l'abdomen, ne présenta rien de particulier; le ventre est refermé sans drainage et la malade quitte l'hôpital guérie le 25 du même mois.

L'examen de la pièce enlevée montre qu'il s'agit d'un carcinome cavitaire ulcérant toute la cavité du moignon. Sur les coupes histologiques faites par M. Lecèvre, on constate qu'il s'agit d'un épithélioma pavimenteux lobulé avec globes cornés. La longue période écoulée sans symptômes (deux ans), rapprochée des résultats de l'examen fait lors de la première opération, permet de dire qu'il s'agit d'une dégénérescence secondaire du moignon et non d'un épithélioma méconnu.

Observation XVII

(Beurnier. Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie. 105.)

Hystérectomie sub-totale pour kystes des ligaments larges. — Epithélioma du moignon cinq ans après.

J'ai opéré, il y a cinq ans, en ville, Mme X..., âgée alors de 41 ans, de kystes multiples des ligaments larges.

L'opération fut longue et laborieuse, plusieurs de ces kystes étant suppurés, et je dus faire une hystérectomie subtotale pour pouvoir tout enlever, à cause des adhérences des kystes à l'utérus. Outre les kystes suppurés, il y en avait à contenu citrin, d'autres à contenu couleur chocolat. Tout se passa parfaitement et la malade fut rapidement guérie.

Je n'avais plus entendu parler d'elle, quand, il y a six mois, elle vint me consulter pour des phénomènes d'entérite muco-membraneuse. Je profitai de cette occasion pour pratiquer le toucher vaginal et constater les résultats de mon opération. A ma grande surprise, je constatai un gros chou-fleur au niveau du moignon utérin, du volume d'une mandarine. La malade en ignorait l'existence et ne se plaignait pas; mais depuis elle vint me revoir tous les mois environ; sa santé générale baissait et, bientôt, elle eut tout le ventre farci de noyaux néoplasiques énormes. Elle est morte, il y a quelques jours, de cachexie due à la généralisation néoplasique.

III. ETIOLOGIE

I. *Fréquence.* — La fréquence du cancer du col est grande. Le cancer est plus fréquent chez la femme que chez l'homme, et chez celle-ci c'est le cancer utérin qui tient la première place comme fréquence.

La fréquence de la dégénérescence cancéreuse est plus mal connue, car combien de malades opérées d'hystérectomie sont absolument abandonnées par le chirurgien, qui ne les revoit jamais, laissant les malades entre les mains de gens qui ne soupçonnent jamais le cancer.

D'après le résultat des statistiques, le chiffre de 2 0/0 ne doit pas être éloigné de la vérité.

II. *Causes.* — Pas plus que pour les tumeurs malignes des autres organes, nous ne savons rien de la cause prochaine de la dégénérescence cancéreuse du moignon cervical après hystérectomie supra-vaginale. Mais pour ce qui regarde les causes prédisposantes, un fait capital domine l'histoire de cette dégénérescence. Elle ne survient, en effet, dans l'immense majorité des cas, que là où l'amputation supra-vaginale a été pratiquée pour utérus fibromateux.

Sur les faits de dégénérescence cancéreuse du moignon cervical que nous avons réunis deux observations seules

n'ont pas trait à des hystérectomies subtotales pour fibromes, et encore, dans les réflexions dont il fait suivre son observation, R. Lumpe déclare qu'il n'est pas bien sûr que l'infiltration cancéreuse n'existait pas lorsqu'il pratiqua l'amputation supra-vaginale. Auquel cas il ne s'agirait plus d'une dégénérescence secondaire, mais d'épithélioma du col méconnu au moment de l'hystérectomie supra-vaginale.

Certaines lésions locales de l'utérus prédisposent au cancer: je citerai en particulier l'utérus fibromateux. Richelot, en effet, dans sa communication à la Société de Chirurgie du 28 octobre 1903, disait: « L'utérus fibromateux n'est pas seulement un terrain sur lequel peuvent pousser des tumeurs malignes, il est le terrain sur lequel elles poussent ». Il est un fait certain que le cancer de l'utérus coïncide souvent avec le fibrome, et ce n'est probablement pas une simple coïncidence, un simple fait du hasard, et Richelot, dans la même séance, dit encore: « Nous avons tous vu des cancers du col ou de la cavité utérine coïncider avec de gros fibromes; mais ce que nous avons vu encore sans le remarquer, c'est l'état fibromateux inséparable du cancer. Sur un grand nombre d'utérus enlevés parce qu'ils étaient cancéreux, nous avons trouvé dans la paroi de petits noyaux fibreux que nous n'avions pas prévus et qui nous ont paru dénués d'intérêt; sur beaucoup d'autres, à coup sûr, il en existait que nous n'avons pas cherchés ».

Combien de temps après l'opération survient la dégénérescence? En parcourant les observations recueillies, nous nous sommes aperçu que les dégénérescences deviennent de plus en plus rares à mesure que l'on s'éloigne de l'époque où a été pratiquée l'opération.

Le plus grand nombre de cas se constate dans la pre-

mière année qui suit l'opération, et l'on peut se demander si l'infiltration cancéreuse n'existait pas déjà avant l'intervention et si le chirurgien n'est pas passé à côté sans le savoir.

Aussi le chirurgien doit-il, avant de décider l'opération, examiner minutieusement l'état du col, et au moindre doute pratiquer la totale.

L'âge a aussi une influence évidente. On ne la rencontre jamais avant 20 ans; elle est exceptionnelle après 60 ans. C'est donc pendant la période d'activité utérine que le cancer se développe le plus facilement.

On a parlé d'une influence de la race; et des chirurgiens américains affirment que les négresses seraient moins sujettes aux cancers que les femmes blanches.

Enfin, quoique les observations ci-dessus rapportées ne l'indiquent que très vaguement, les grossesses antérieures, les antécédents neuro-arthritiques et les maladies de la muqueuse cervicale paraissent agir d'une façon néfaste.

IV. ETUDE CLINIQUE

I. *Symptômes.* — La symptomatologie de la dégénérescence cancéreuse varie peu avec celle du cancer habituel.

Le début de la maladie est très insidieux et très obscur.

Il existe une période latente de durée très variable. En effet, les premiers signes peuvent apparaître lorsque la lésion est encore très limitée et douteuse; d'autres fois ils se révèlent alors que le cancer est très développé et a déjà très largement dépassé les limites du col.

La période d'état, ou période d'ulcération du cancer, se révèle par trois grands symptômes: l'hémorragie, la leucorrhée et les douleurs.

L'hémorragie constitue ordinairement le premier en date des symptômes importants. Tantôt c'est une première hémorragie, fort abondante, en dehors des règles, durant plus ou moins longtemps, après un effort ou une fatigue; tantôt, à la suite d'une perte menstruelle de forme et d'allure ordinaires, il persiste un suintement sanguin, abondant, résistant, pouvant durer plusieurs semaines et même plus. Dans les dernières périodes de la maladie, souvent ces hémorragies cessent tout à fait ou deviennent beaucoup moins fréquentes; elles sont rempla-

cées parfois par une espèce de liquide roussâtre ayant perdu les caractères du sang.

Enfin, un simple toucher ou l'introduction d'une canule à injection suffisent à provoquer l'hémorragie.

La leucorrhée ressemble, au début, à la leucorrhée utérine de la métrite, puis elle devient aqueuse et extraordinairement abondante, constituant parfois une véritable hydrorrhée. Puis cet écoulement ne tarde pas à se brunir, il devient roussâtre, sale, contenant des débris mortifiés de néoplasme qui l'ont fait comparer par les malades à de la râclure de boyaux ou de la levure de chair. En même temps, ce liquide devient fétide, et son odeur fade, repoussante, prend à la gorge quand on entre dans la chambre de la malade; aussi certains médecins à longue expérience font le diagnostic avant tout examen, par la seule odeur.

Enfin, les douleurs qui peuvent apparaître de bonne heure, mais qui cependant constituent un symptôme tardif de la maladie. Peu intenses au début, elles vont en augmentant de violence, de ténacité et sont rebelles à tous les médicaments; la morphine elle-même est quelquefois impuissante à les calmer.

A ces douleurs se joignent des altérations des autres appareils; c'est la constipation opiniâtre, produisant une sorte de coprémie, par suite de l'envahissement du rectum par le néoplasme; ce sont des douleurs urinaires produites par de la cystite de voisinage.

Enfin, si les hémorragies sont abondantes et les douleurs violentes, les malades ne tardent pas à tomber dans la troisième période: période de cachexie.

C'est la période de consomption, la période terminale; les malades prennent la teinte jaune paille, qui est moins

l'apanage du cancer que due à l'anémie, l'hémorragie et peut-être même à la coprémie.

Les malades se dégoûtent de tout, maigrissent à vue d'œil parce qu'ils digèrent mal et vomissent souvent; les jambes se gonflent et s'œdématient par œdème cachectique.

A ce moment il n'y a plus rien à faire; la propagation s'est faite aux organes voisins; le rectum et la vessie, perforés, s'abouchent dans le vagin, et l'on voit la malade gémir sur son lit au milieu de douleurs intolérables, pendant que les familiers se désespèrent de ne pouvoir même pas tenir compagnie à la malheureuse, tant les odeurs pestilentielles qui se dégagent les écœurent.

II. *Diagnostic.* — La triade symptomatique du néoplasme du col survenant presque toujours à une période où le chirurgien se trouve désarmé, le médecin, en présence de tout écoulement, devra interroger la malade sur une hystérectomie possible et penser à une dégénérescence cancéreuse.

Deux cas cependant sont d'un diagnostic assez difficile: 1° une érosion papillaire peut être prise pour le début d'un carcinome végétant de la portion vaginale; 2° un épithélioma cavitaire, peut être difficile à reconnaître à cause de la profondeur de son siège intra-cervical. Seul, dans ces cas, un examen histologique peut trancher le différend.

Tout ceci est nécessaire pour diagnostiquer un cancer à ses débuts. Mais si la malade présente la triade symptomatique, le diagnostic devient excessivement facile; reste alors une dernière difficulté: le diagnostic de la propagation. Du résultat de cet examen, en effet, découle l'opportunité ou l'abstention de l'opération.

III. *Pronostic.*— Comme tous les cancers, celui-ci a une marche fatale.

La durée moyenne de la maladie est de 15 à 17 mois. Le cancer évolue d'autant plus vite que les femmes sont plus jeunes.

L'anurie est une des complications qui assombrissent le plus le pronostic; elle amène très rapidement la mort chez des malades qui, sans cela, auraient survécu plus longtemps.

V. TRAITEMENT

C'est toujours le traitement curatif qui sera employé quand il sera encore possible, c'est-à-dire quand les propagations seront nulles ou à peu près et que le col sera mobilisable et libre de toute adhérence.

On pratique alors l'exérèse aussi complète que possible par la voie vaginale ou abdominale.

Quelle est la voie que l'on emploiera de préférence pour cette excision? La voie vaginale s'emploiera seule dans la dégénérescence au début et quand le museau de tanche seul est encore peu touché.

Mais si le néoplasme évolue depuis un certain temps, si des propagations et des adhérences se sont produites, si la lèvre antérieure du col est particulièrement prise, faisant craindre une infiltration des tissus autour de la partie terminale des uretères, c'est alors à la voie haute, c'est-à-dire à la voie abdominale, qu'il faut s'adresser.

Mais ce que nous venons de dire est souvent peu possible, car les malades vont en général trouver le chirurgien quand une intervention ne peut plus être tentée.

C'est alors au traitement palliatif qu'il faut recourir, enlever à la curette les fongosités putrides et pratiquer l'antisepsie vaginale.

Nous ne nous étendrons pas davantage sur ce traitement, qui est le traitement palliatif de tous les cancers du col, traitement que M. le professeur Pozzi expose tout au long dans son *Traité de gynécologie*.

Nous avons hâte, en effet, d'arriver au but de notre travail, au point précis autour duquel pivote toute notre argumentation, à savoir: Faut-il préférer la totale à la subtotale?

VI. TOTALE OU SUBTOTALE

Il semble, à première vue, que l'hystérectomie totale doive être préférée à la subtotale. *Sublata causa, tollitur effectus.* Enlevons le moignon et celui-ci ne deviendra pas cancéreux.

Ce qui, en théorie, paraît excellent, l'est moins quand on s'en rapporte aux faits.

Et d'abord le seul fait d'enlever l'utérus en entier ne met pas à l'abri d'une dégénérescence cancéreuse possible; les observations sont nombreuses qui montrent une dégénérescence cancéreuse développée sur la cicatrice vaginale.

En second lieu, au contraire, tous les moignons d'hystérectomie subtotale ne deviennent pas cancéreux, et nous avons admis plus haut que la proportion de 2 0/0 pouvait être admise jusqu'à plus ample informé.

Les risques à courir ne sont donc pas si grands pour abandonner l'une et favoriser l'autre. Mettons donc les deux opérations en parallèle pour pouvoir tirer des conclusions.

Le seul inconvénient de la subtotale est de laisser un moignon du col. Il est inutile de dire que ce moignon doit

être des plus minimes, que la muqueuse en est détruite par cautérisation, que le parenchyme restant doit être sain et que la surface avivée de l'utérus doit être accolée par suture. Il n'y a pas de comparaison à établir avec le moignon volumineux et massif, souvent coupé en plein corps, enserré d'un lien circulaire, qui laissait l'hystérectomie avec pédicule interne. L'expérience répond d'ailleurs; et mise à part la dégénérescence cancéreuse, aucune observation n'a relevé de suite opératoire fâcheuse du fait de ce reliquat utérin.

Donc, peu ou pas d'inconvénient; mais y a-t-il avantage à substituer la supra-vaginale à l'hystérectomie totale?

La théorie nous montre qu'il y a de grands avantages; les résultats pratiques confirment la théorie.

L'opération est plus rapide, plus facile; moins hémorragique, plus facilement aseptique et par suite plus bénigne.

La rapidité plus grande résulte de la suppression de l'ouverture du vagin, et par suite du suintement hémorragique de la tranche vaginale, rarement inquiétant, mais suffisamment abondant pour avoir besoin d'être arrêté. Or, dans quelques cas, ce suintement est difficile à maîtriser; il continue malgré les pinces, le surjet est insuffisant pour y porter remède, et nombreux sont les opérateurs qui signalent les ennuis que cette tranche vaginale leur procure.

La traversée utérine, au contraire, se fait en quelques coups de bistouri et sans écoulement sanguin.

La suture occlusive du moignon utérin est de même plus rapide que l'occlusion du vagin.

La facilité plus grande est prouvée par ce fait même qu'il est ici inutile de rechercher les culs-de-sac vaginaux,

dont l'ouverture est quelquefois si délicate. Dans la subtotale, lorsque le toucher a démontré que la dissection utérine ne laissait que la portion intra-vaginale du col, on coupe directement au niveau fixé, sans s'inquiéter davantage.

L'opération est aussi plus facilement maintenue aseptique. Quoi qu'on en ait dit, quelque minutieuse que soit la toilette préopératoire du vagin, l'asepsie de cette cavité reste douteuse; la présentation du péritoine, au moment des manœuvres d'hémostase, peut être moins facile. L'utérus, pendant les tractions, a pu y déverser, à la fin même de l'opération, des sécrétions septiques. Or, rien n'est plus facile, dans la subtotale, que de bien envelopper le moignon utérin pendant la traversée du canal cervical, facilement maintenu dans le champ de compresses, par une forte pince, et le recouvrir d'une compresse pendant la ligature des utérines et utéro-ovariennes du côté opposé.

La théorie semble donc démontrer que l'ouverture du canal cervical doit être moins nocive que la large ouverture du vagin.

Mais l'examen direct des faits vient corroborer les assertions de la théorie.

Pozzi, dans son *Traité de Gynécologie,* fixe à 9 0/0 la mortalité opératoire de la totale et à 5 0/0 seulement celle de la subtotale. En faisant la moyenne de nombreuses statistiques, on trouve 10 0/0 pour la totale et 6.31 0/0 pour la subtotale. Si donc nous ajoutons le chiffre 2 que nous avons proposé comme nombre de cas de dégénérescence cancéreuse, nous arrivons au chiffre 8, qui est encore bien inférieur au chiffre 10 des hystérectomies totales.

VII. CONCLUSIONS

I. Malgré les nombreuses discussions des maîtres de la gynécologie, la dégénérescence cancéreuse possible du moignon cervical après hystérectomie subtotale est un fait incontestable.

II. Cette dégénérescence devient d'autant plus rare que l'on s'éloigne davantage de l'époque de l'opération.

III. D'après les observations et le dire des opérateurs, elle se produirait environ 2 fois sur 100.

IV. Cette proportion, qui porte les dangers de la subtotale à 8, n'est pas suffisante pour faire abandonner cette opération en faveur de la totale, qui, elle, est plus lente, plus difficile, et a une léthalité de 10 0/0.

V. Les chirurgiens devront faire un examen attentif de l'organe, et au moindre doute faire une hystérectomie totale.

VI. Si une subtotale a été pratiquée, les chirurgiens seront prudents en revoyant leurs malades, au moins tous les six mois, de façon à dépister dès son apparition une dégénérescence possible et pratiquer l'exérèse complète, alors que la propagation est nulle et que l'opération est possible.

VIII. BIBLIOGRAPHIE

Condamin.— Dégénérescence épithéliomateuse du moignon utérin après hystérectomie supra-vaginale (Bulletin de la Société de Chirurgie de Lyon, 27 décembre 1900, et Semaine Gynécologique, 1902, p. 113).

Richelot. — Communications à la Société de Chirurgie (Bull. et Mém. de la Soc. de Chir., 10 nov., 24 nov., 8 déc., 15 déc. 1903, 29 mars, 7 juin, 14 juin 1906. 6 juin et 27 juin 1905).

Lumpe (R.). — (Salzburg.) Ein Fall von Karzinomentwicklung an einem nach supravaginaler Amputation zuruckgebliebenen Cervix-stumpfe (Centralblatt f. gyn., 1905, n° 44.

Andrew F. Currier. — On the possibility of the developpement of cancer in the cervicalstumpf following supravaginal hysterectomy (New-York Journal, 28 juillet 1906).

Bender (G.) et Lardemois (G.). — De la dégénérescence épithéliomateuse des fibromyomes de l'utérus (Bull. Soc. Anat., 1904, 8 oct.).